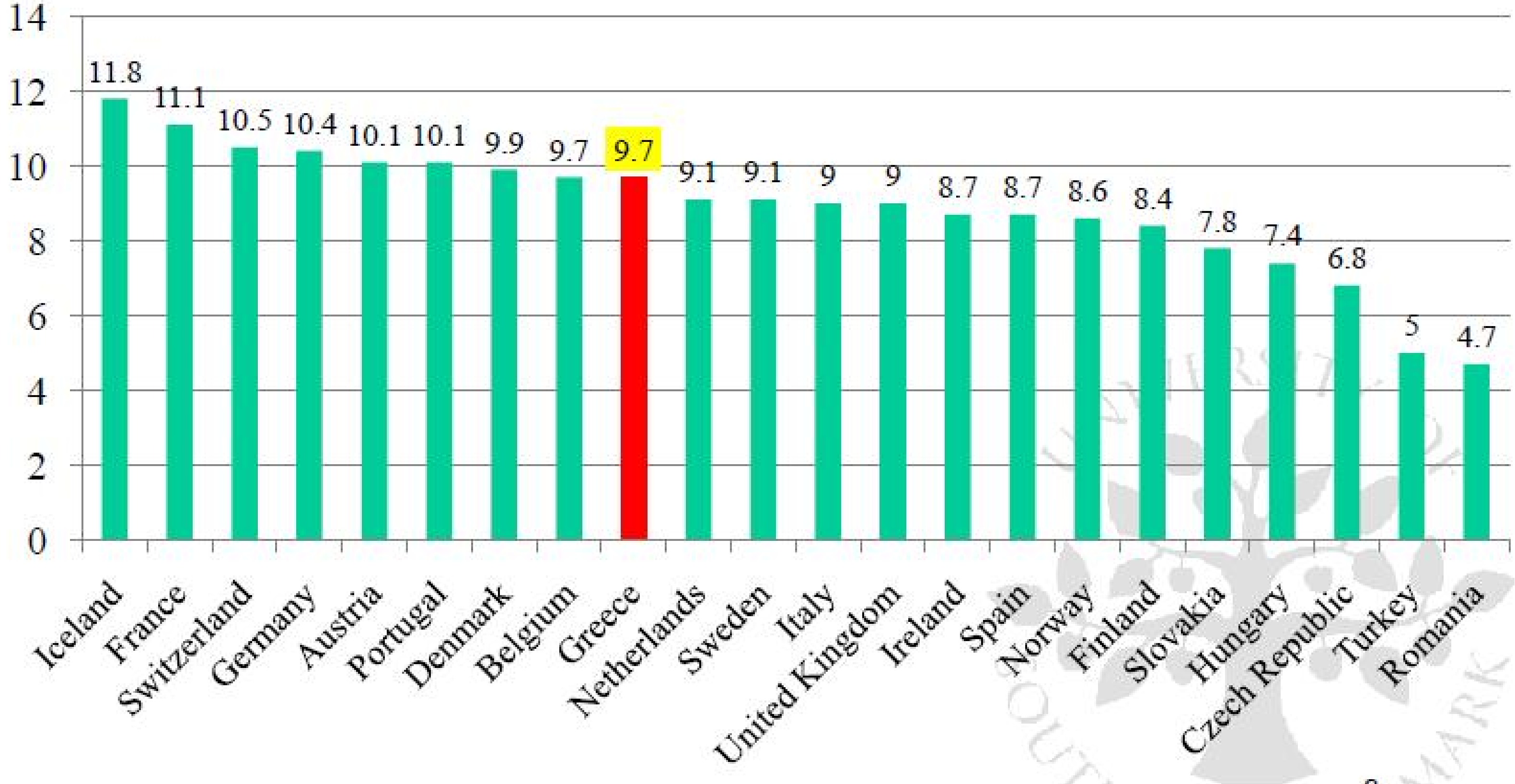
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

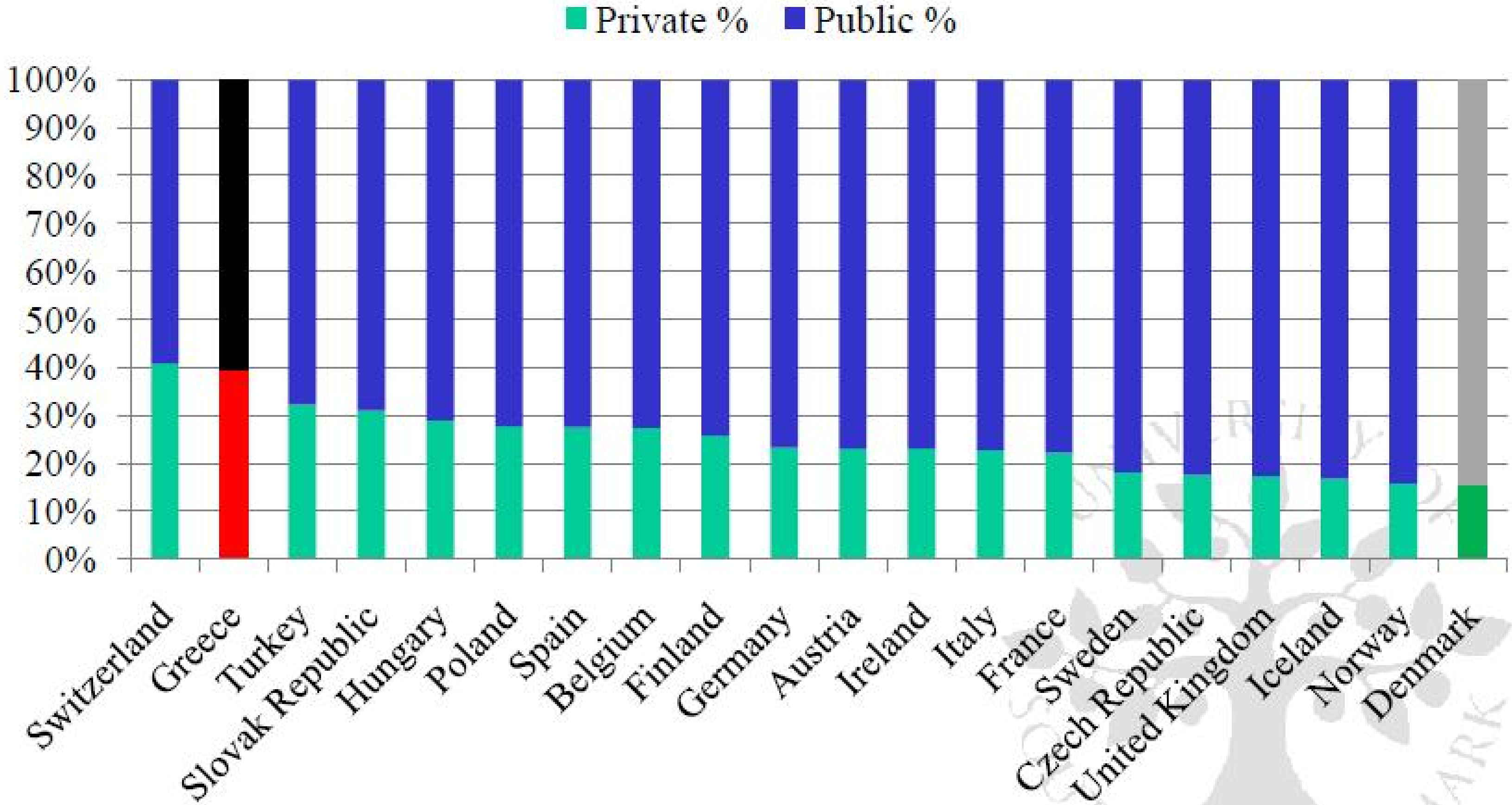
Ανδρούτσου Λορένα
Διδάκτωρ Οικονομικών της υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
MSc Contemporary Health & Social Care Policy
City University
Masters in Health Management –
Imperial College Tanaka Business School

Total health expenditures as % of GDP, 2008



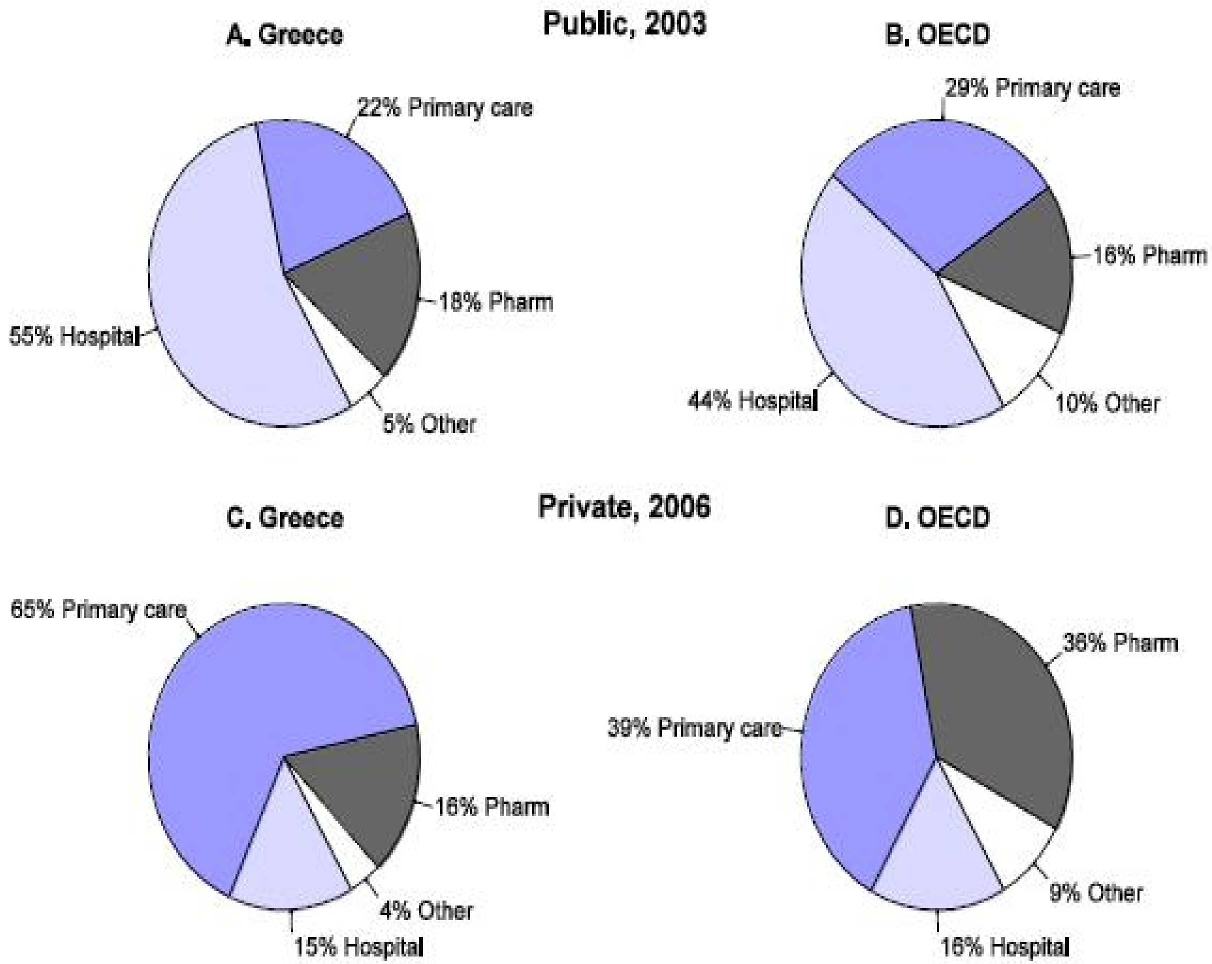
Source: OECD Health Data, 2010

Total health expenditures divided into private and public financing, %, 2009



Source: OECD Health Data, 2010

Figure 8. Composition of health care spending

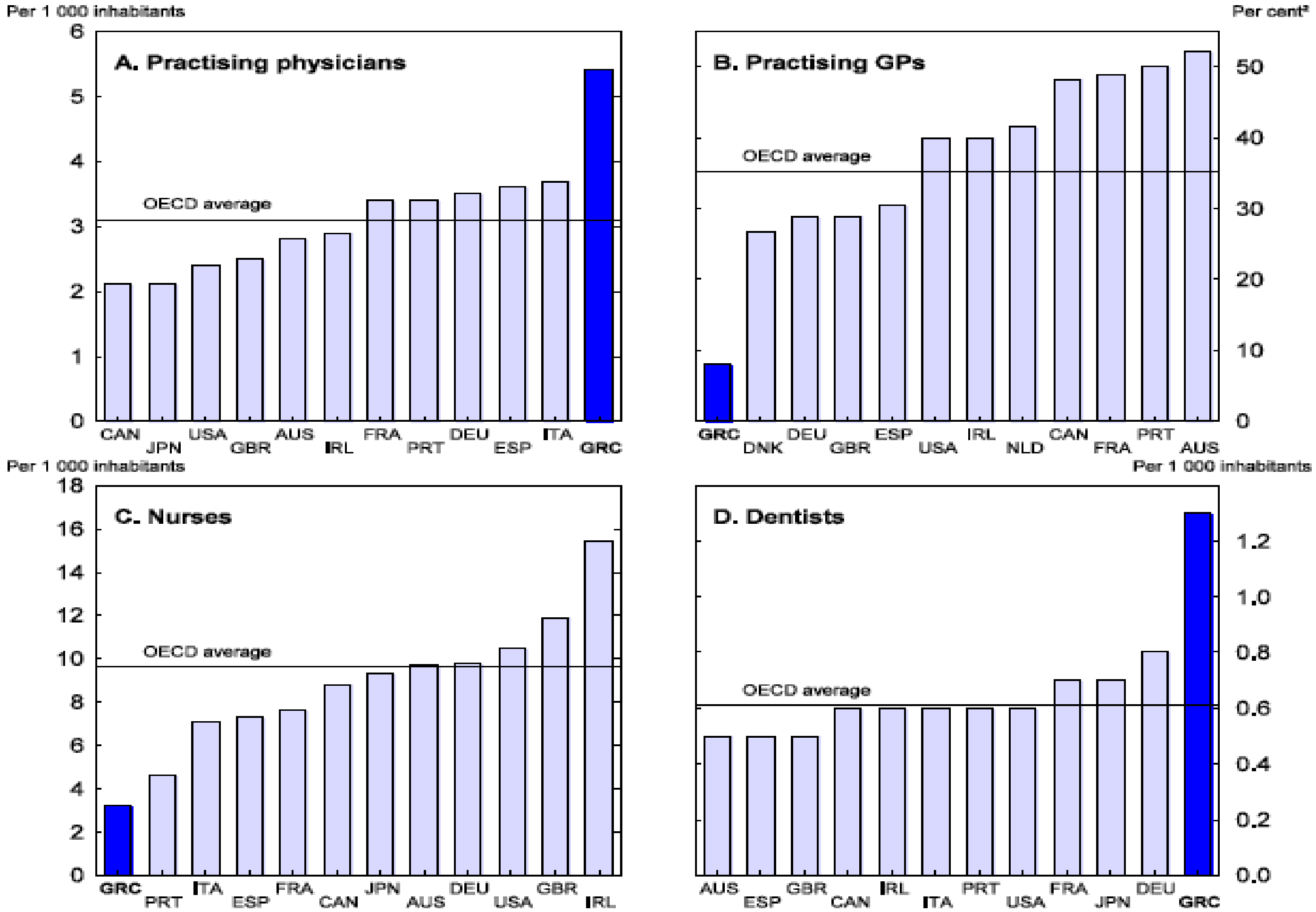


1. Greek data estimates were provided by the authorities. They are derived from specific survey and an academic analysis. They are not strictly comparable with OECD data.

Source: Data provided by the Greek authorities and OECD Health Data 2008.

Figure 9. Human resources in the health care sector

2006[1]

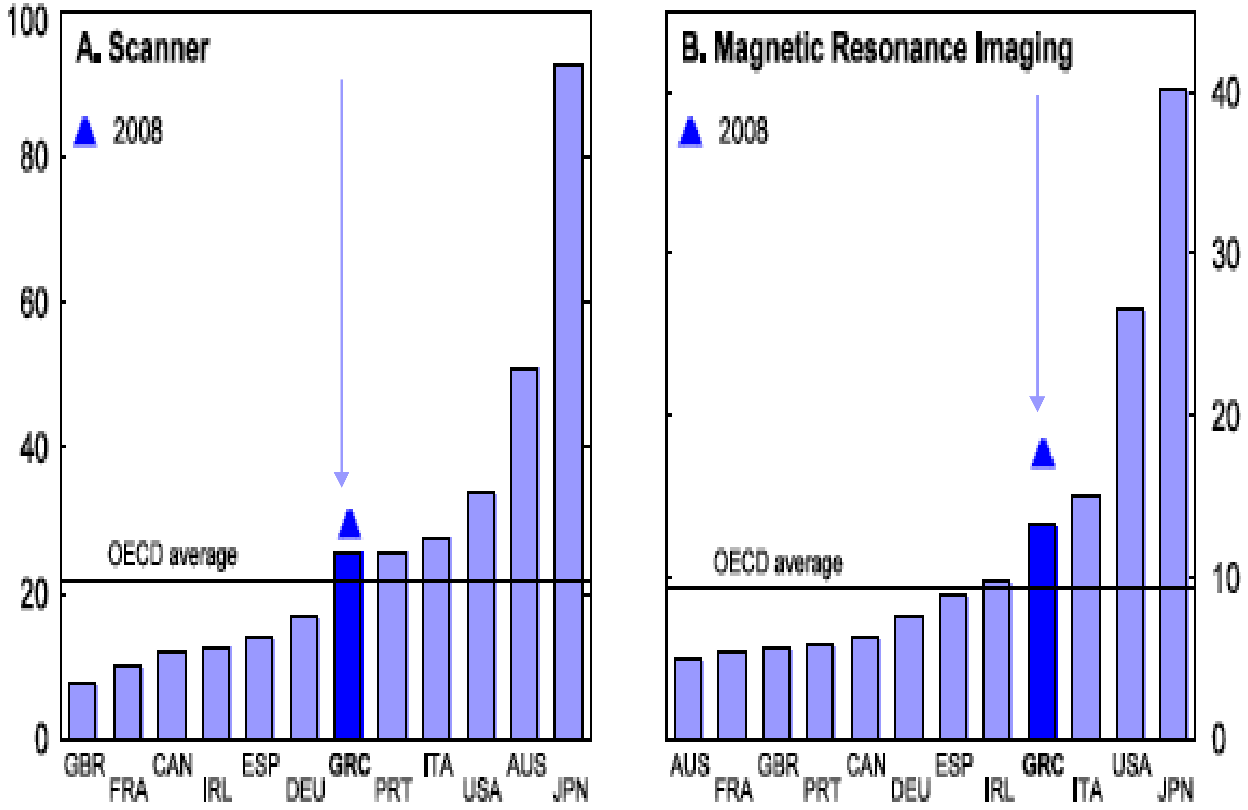


1. 2006 or latest available year.
2. Per cent of total practising GPs and practising specialists.

Source: OECD Health Data 2008.

Figure 16. Medical technology equipment

Unit per million inhabitants, 2006[1]



1. Or latest year available.

Source: OECD Health Data 2008.

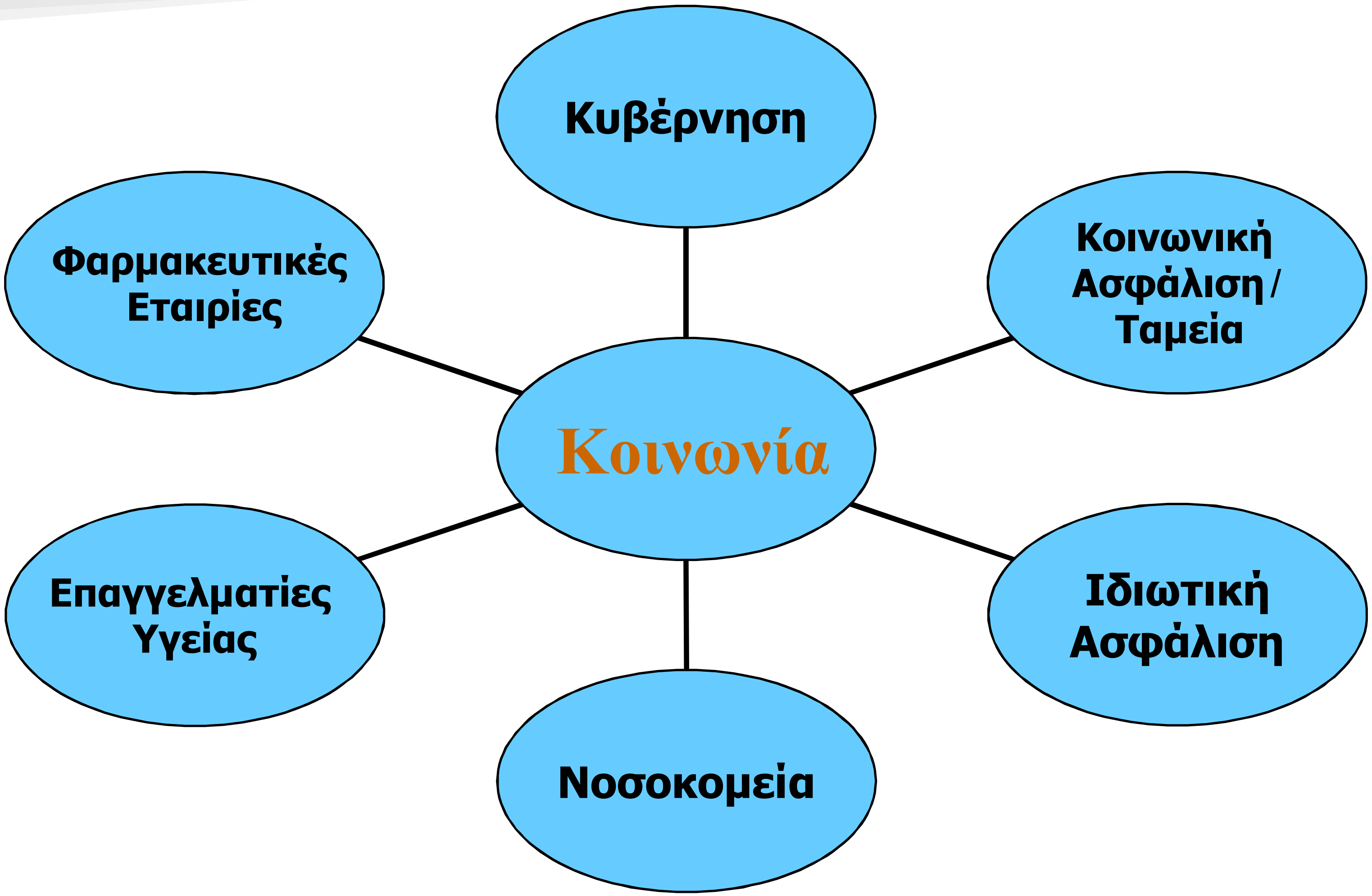
Το Πρόβλημα

Όσο περισσότερο σπανίζουν οι πόροι, **τόσο περισσότερο εντείνεται ο έλεγχος και η προσπάθεια ανεύρεσης νέων μεθόδων και τεχνικών στην σωστότερη αξιοποίηση τους**.

Η Ανάγκη

Η οικονομική ανάλυση σκοπεύει να εντοπίσει και να εκφράσει με σαφήνεια ένα σύνολο από κριτήρια τα οποία μπορεί να φανούν χρήσιμα προκειμένου να επιλεγούν οι διαφορετικές χρήσεις για τις οποίες θα διατεθούν οι σπάνιοι πόροι.

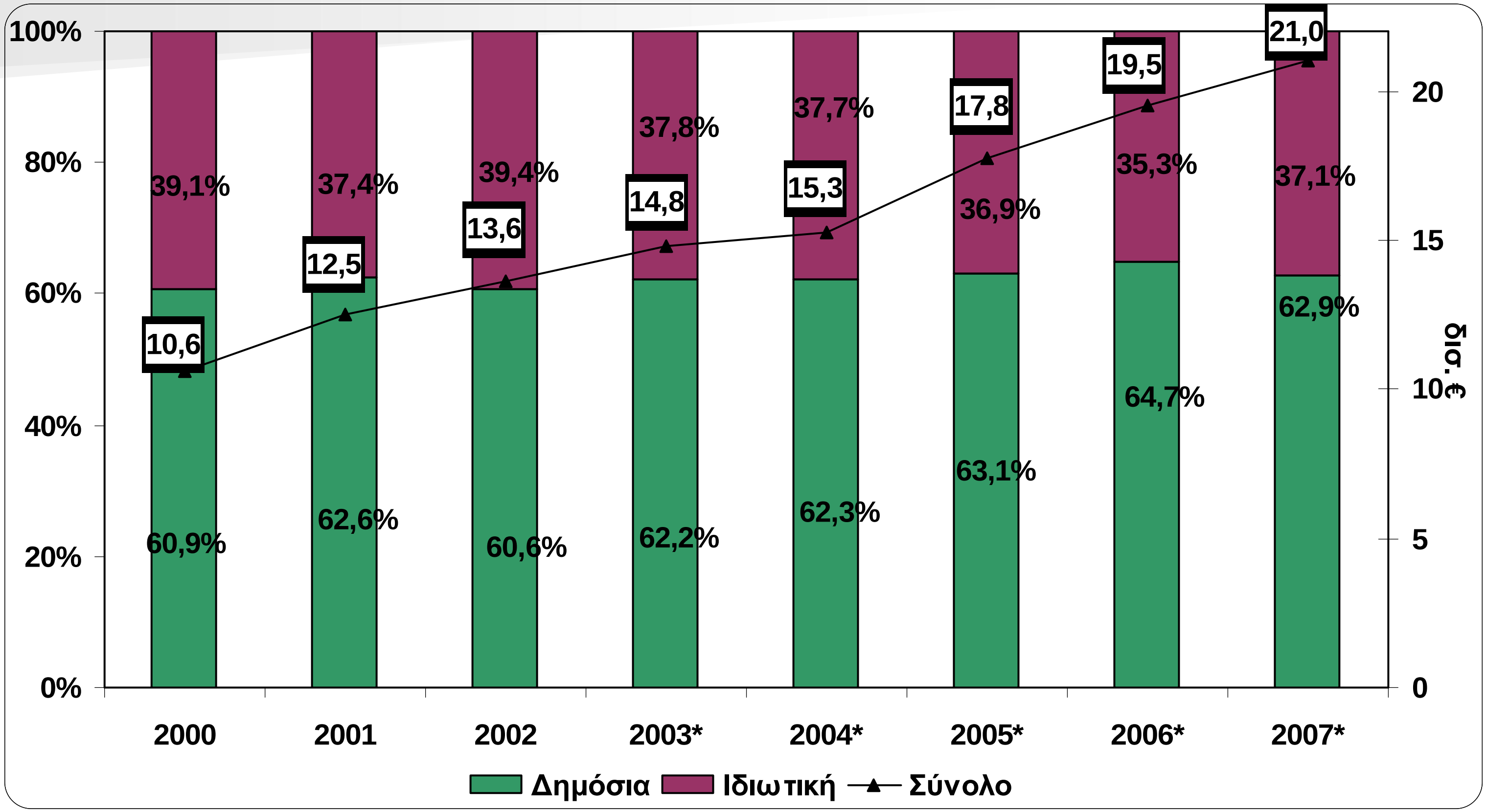
Ποιους αφορούν τα οικονομικά της υγείας



Βασικές Ιδιαιτερότητες της Αγοράς

- Σχέση αντιπροσώπευσης (γιατρός, φαρμακοποιός –ασθενής)
- Ασυμμετρία πληροφόρησης (γιατρός, φαρμακοποιός, ασθενής – παραγωγοί)
- Ηθικός κίνδυνος (αμφίπλευρη αδιαφορία στο κόστος, μηδενική τιμή, τρίτος επιβαρύνεται)

Σύνθεση δαπάνης υγείας στην Ελλάδα

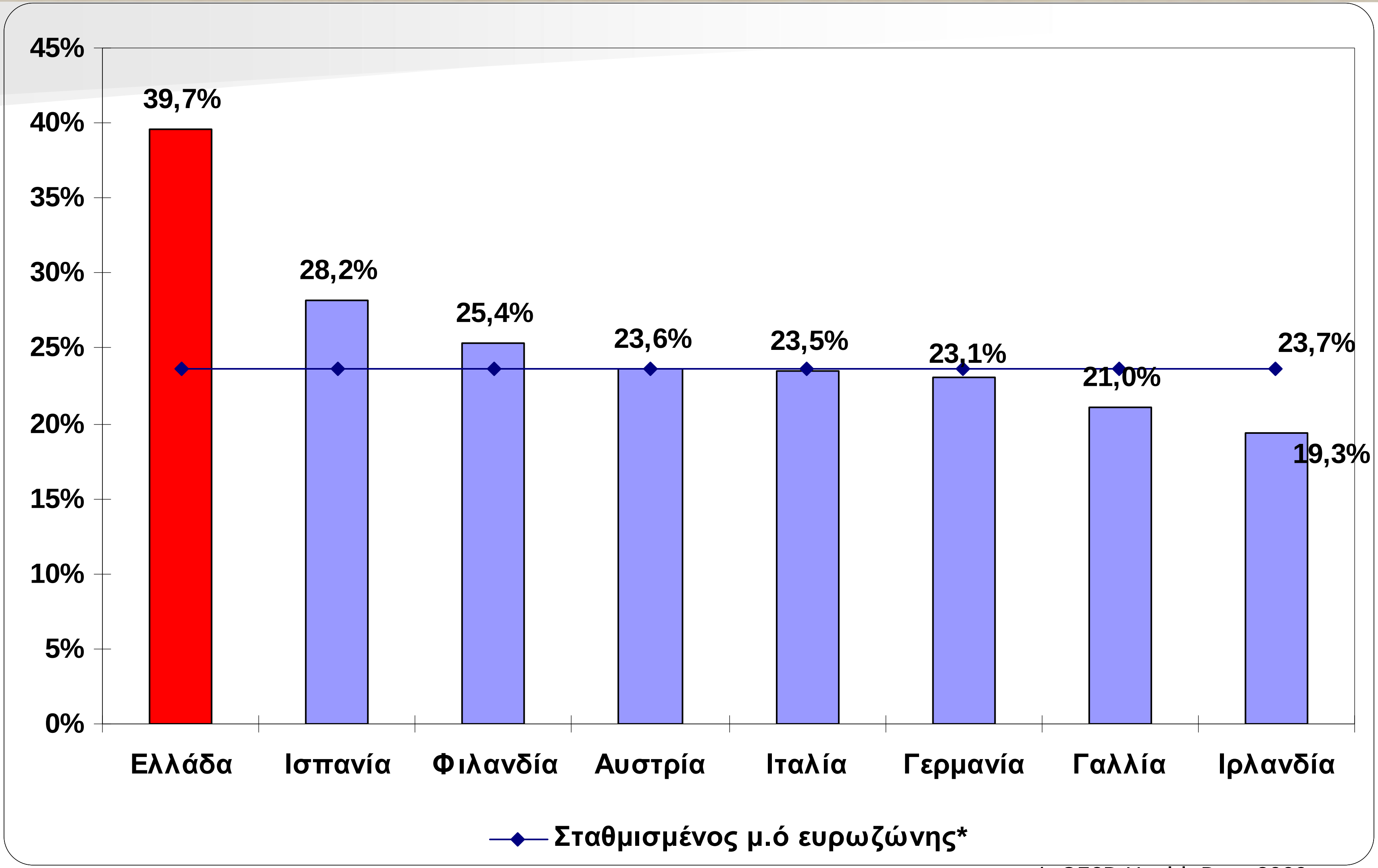


Πηγή: *ΕΣΥΕ*

** Προσωρινά στοιχεία*

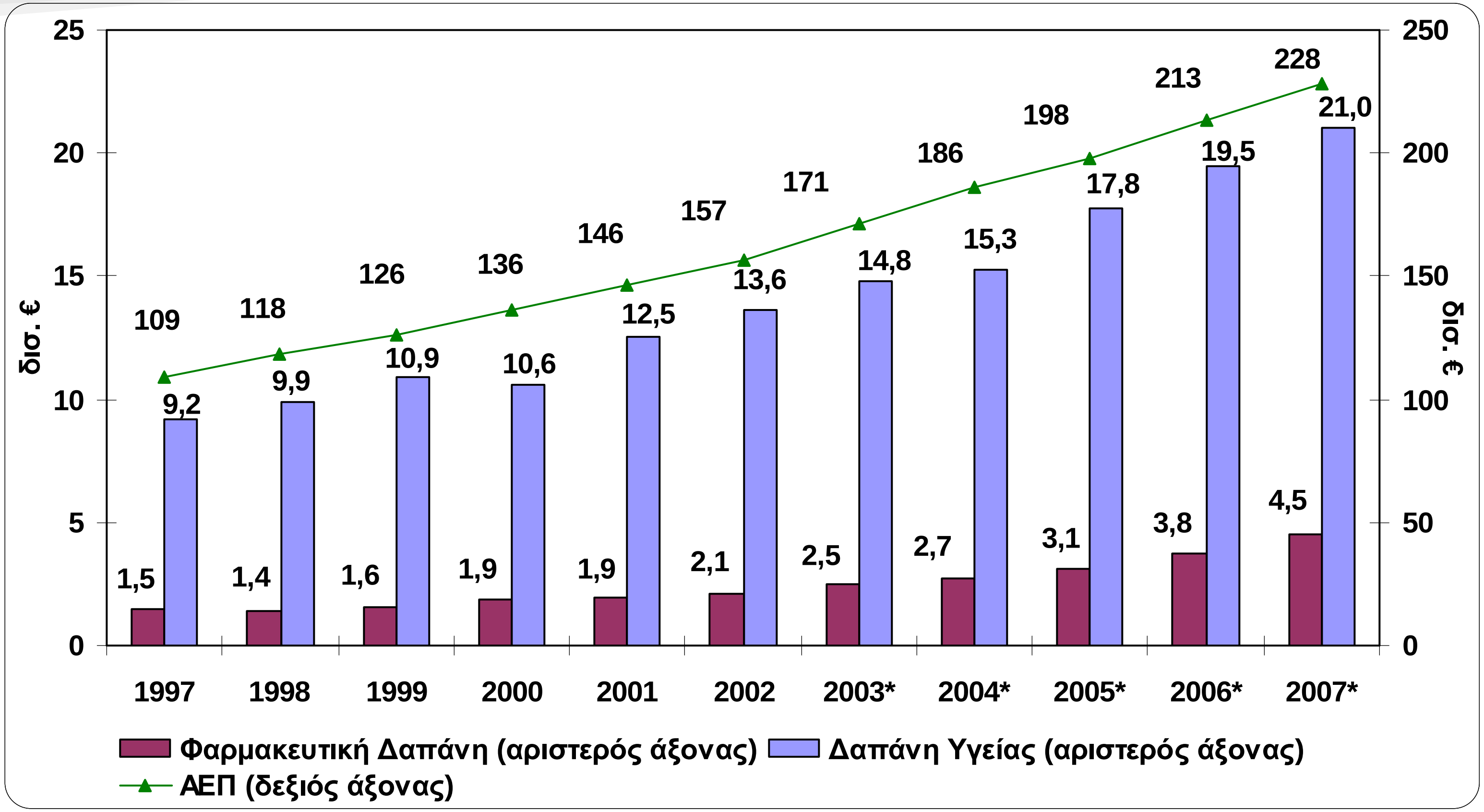
Παρόλο που στην Ελλάδα τα τελευταία 25 χρόνια λειτουργεί Εθνικό Σύστημα Υγείας, το ύψος της ιδιωτικής δαπάνης υγείας προσιδιάζει περισσότερο σε ιδιωτικά συστήματα υγείας

Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας ως % της Συνολικής Δαπάνης Υγείας, 2007



Πηγή: OECD Health Data 2009

Εξέλιξη ΑΕΠ, Δαπάνης Υγείας & Φαρμακευτικής Δαπάνης στην Ελλάδα



Πηγή: *ΕΣΥΕ*

** Προσωρινά στοιχεία*

Γενικά

- Ο εννοιολογικός προσδιορισμός της χρηματοδότησης θα μπορούσε να οριοθετηθεί απλά στον τρόπο εξεύρεσης των πόρων και την κατανομή τους.
- Η απλουστευμένη αυτή προσέγγιση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη της την πολυπλοκότητα που διαμορφώνει τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και να εξετάσει
- 1ον τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων,
- 2ον τις μεθόδους χρηματοδότησης – αποζημίωσης,
- 3ον τους τρόπους διαχείρισης των πόρων,
- 4ον τα κριτήρια κατανομής τους.

Πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

1. Ο Κρατικός προϋπολογισμός
2. Η Κοινωνική Ασφάλιση
3. Η Ιδιωτική Ασφάλιση

Πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας

- Τα συστήματα υγείας χρηματοδοτούνται από δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους.
- Οι δημόσιοι πόροι προέρχονται είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό, δηλαδή έσοδα από την άμεση και έμμεση φορολογία, είτε από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή έσοδα από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, ενώ οι ιδιωτικοί πόροι καταβάλλονται εθελοντικά από ιδιώτες και εργοδότες
- Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας μπορεί να προέλθει και από τη χρησιμοποίηση μη εθνικών πόρων, δηλαδή από χρηματοδοτικές πηγές εξωτερικής βοήθειας όπως της Παγκόσμιας Οργάνωσης υγείας, της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των άλλων διεθνών οργανισμών.

Ο Κρατικός προϋπολογισμός

- Αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης σε εθνικά συστήματα υγείας τύπου Beveridge, αλλά συνεισφέρει και σε διαφορετικά συστήματα υγείας.
- Πλεονεκτήματα της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό είναι ότι είναι μικρό διοικητικό κόστος, αλλά κυρίως ότι οι ιατρικό-νοσηλευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δεν λαμβάνουν υπόψη τους το κόστος των ιατρικών πράξεων, παρά μόνο το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα και ταυτόχρονα δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού από τις παροχές, αφού πρόκειται περί λειτουργίας ενός συστήματος που εξυπηρετεί τη παραγωγή ενός δημόσιου αγαθού.

Ο Κρατικός προϋπολογισμός

- Μειονεκτήματα είναι η έλλειψη πλήρους οικονομικής υπευθυνότητας, τόσο από την πλευρά του παραγωγού – προμηθευτή υπηρεσιών υγείας, όσο και από την πλευρά του καταναλωτή - ασθενή για τη ζήτηση υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

Η Κοινωνική Ασφάλιση

- Στα συστήματα αυτά συνήθως χρησιμοποιούν και τον κρατικό προϋπολογισμό ως πηγή χρηματοδότησης ιδιαίτερα όταν υπάρχει οικονομική κρίση και στασιμότητα, όταν η οικονομία βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο ανταγωνιστικότητας και οι εργοδότες και εργαζόμενοι αδυνατούν να αυξήσουν τις εισφορές λόγω μεγάλης αύξησης του κόστους των προϊόντων που παράγουν.

Η Ιδιωτική Ασφάλιση

- Αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης συστημάτων υγείας, όπου το αγαθό υγεία θεωρείται ως ένα οποιοδήποτε καταναλωτικό αγαθό σε μία οικονομία όπου οι νόμοι της αγοράς και η θεωρία του ανταγωνισμού δημιουργούν και τους όρους διαμόρφωσης των τιμών και της γενικότερης ισορροπίας της.
- Συναντάται στις ΗΠΑ, ενώ ως δευτερεύουσα συμπληρωματική πηγή χρησιμοποιείται και στα συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης τύπου Bismark.

Βασικές πηγές χρηματοδότησης

Δημόσιος τομέας →

- **Γενική φορολογία** (**άμεσοι και έμμεσοι φόροι**)
- **Ειδική Φορολογία** (**Φορολόγηση ειδικών καταναλωτικών προϊόντων**)

Υποχρεωτική Καθολική Ασφάλιση →

- **Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων**
- **Εισφορές αυτοαπασχολούμενων**

Βασικές πηγές χρηματοδότησης

Ιδιωτικός τομέας →

- **Ειδική εισφορά προσώπων και επιχειρήσεων**
- **Οικογενειακό εισόδημα**
- **Ιδιωτική ασφάλιση υγείας**
- **Εργοδοτικές παροχές**
- **Δωρεές, φιλανθρωπίες**

Εξωτερική Βοήθεια και Συνεργασία →

- **Βοήθεια σε χρήμα, σε είδος και τεχνογνωσία από άλλες χώρες και διεθνείς οργανισμούς**

Βασικές αρχές χρηματοδότησης

- Η αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του Εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Βασικές αρχές χρηματοδότησης

- Η αρχή της μικρο – οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων υγείας πρέπει να οδηγεί στη μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Βασικές αρχές χρηματοδότησης

- Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του κάθε πολίτη.
- (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης 1996)

Αιτιολογικοί παράγοντες διαμόρφωσης του τρόπου χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας

- Η μορφή του συστήματος υγείας
- Το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης
- Το επίπεδο της ανταγωνιστικότητας του εθνικού προϊόντος
- Η μορφή του κοινωνικό-ασφαλιστικού συστήματος
- Η προσφορά των ανθρώπινων πόρων
- Το επίπεδο της εγχώριας φαρμακευτικής και βιοιατρικής τεχνολογίας
- Η διανομή των εισοδημάτων στις διάφορες κοινωνικό-επαγγελματικές κατηγορίες
- Η δύναμη των συνδικάτων
- Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε μάκρο και μίκρο επίπεδο
- Η ποιότητα των παροχών υγείας
- Το πολιτισμικό-μορφωτικό επίπεδο των καταναλωτών και η μορφή της ζήτησης υπηρεσιών υγείας

Μέθοδοι χρηματοδότησης της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης – μέθοδοι αμοιβής των παραγωγών -προμηθευτών

Α. Βασικές – κλασικές μορφές χρηματοδότησης

Β. Σύγχρονες μορφές χρηματοδότησης

Γ. Η χρηματοδότηση στην Ελλάδα

Α. Βασικές – κλασικές μορφές χρηματοδότησης

- ***<u>Αμοιβή κατά πράξη</u>***: ο ιατρός αμείβεται για κάθε ιατρική πράξη. Ελεύθερη επιλογή ιατρού. Προκλητή ζήτηση
- ***<u>Αμοιβή με πάγιο μισθό</u>***: ο ιατρός αμείβεται με πάγια αντιμισθία, καταργείται η ελεύθερη επιλογή. Ανάπτυξη γραφειοκρατίας. Χαμηλή παραγωγικότητα των ιατρών.

Β. Σύγχρονες μορφές χρηματοδότησης

- ***Αμοιβή κατά κεφαλή***: Ανεξάρτητα από τον αριθμό των επισκέψεων, ο ιατρός εισπράττει από τον ασφαλιστικό του φορέα καθορισμένη ετήσια αμοιβή για κάθε συμβεβλημένο ασφαλισμένο
- ***Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας (H.M.O.):*** Κοινοπραξίες ιατρών που συμβάλλονται είτε με τους χρήστες μεμονωμένα είτε ομαδικά μέσω ασφαλιστικών φορέων και αμείβονται ανεξάρτητα της ποσότητας προσφερόμενων υπηρεσιών κατά κεφαλή, εκ των προτέρων με ετήσια συνδρομή.
- ***Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων (R.S.C.):*** Ομάδα επαγγελματιών υγείας αμειβόμενη με μια ετήσια κατά κεφαλή συνδρομή για κάποιες κατηγορίες κινδύνων. Οι ασφαλιστικοί φορείς πληρώνουν περί το 80% και οι χρήστες τη διαφορά.

Γ. Η χρηματοδότηση στην Ελλάδα

- ***<u>Αμοιβή κατά πράξη</u>**<u>: </u>* Επικρατεί κύρια στον ιδιωτικό τομέα ή σε συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία επαγγελματίες υγείας
- ***<u>Αμοιβή με μισθό</u>**<u>: </u>* οι ιατροί των ασφαλιστικών ταμείων, νοσοκομείων κλπ.
- ***<u>Συμμετοχή του χρήστη</u>**<u>: </u>* Συμβολική στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων

Παραδοσιακές μορφές χρηματοδότησης των νοσοκομείων

ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

- Κλειστό νοσήλιο
- Ευλύγιστο νοσήλιο
- Ανοικτό νοσήλιο
- Πληρωμή κατά πράξη (fee for service)

ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ (per diem)

- Με το σύστημα αυτό τα νοσοκομεία εισπράττουν ένα καθορισμένο ποσό για κάθε ημέρα νοσηλείας. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιήθηκε στο παρελθόν σε χώρες με δημόσια χρηματοδότηση και μεικτή δημόσια-ιδιωτική παροχή, ενώ τώρα χρησιμοποιείται κυρίως στην Ελβετία (και στην Ελλάδα).

ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ (per diem)

- Αφορά το αντίτιμο που πληρώνει ο ίδιος ο νοσηλευόμενος ή ο ασφαλιστικός του φορέας για κάθε ημέρα νοσηλείας ή παραμονής του στο νοσοκομείο.
- Περιλαμβάνει τις τιμές όλων των υπηρεσιών υγείας των προσφερομένων στο νοσοκομείο, όπως διαγνωστικών, ιατρικών, νοσηλευτικών, εργαστηριακών, φαρμακευτικών, ξενοδοχειακών κ.α.

ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ (per diem)

- Παρότι το σύστημα αυτό περιορίζει τη συνολική νοσοκομειακή δαπάνη στη δυναμικότητα του νοσοκομείου σε κλίνες, εισάγει κίνητρα για τη μείωση του αριθμού των νέων περιστατικών και την επιμήκυνση της διάρκειας νοσηλείας. Με τον τρόπο αυτό, οι πρώτες (ακριβότερες) ημέρες νοσηλείας αντισταθμίζονται από το χαμηλότερο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης.

ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ (per diem)

- Πρόκειται για σαφές κίνητρο αντιοικονομικής συμπεριφοράς, δεδομένου ότι αποθαρρύνει την αποδοτικότερη χρήση των περιορισμένων πόρων του νοσοκομείου. Για την ελαχιστοποίηση του (αντί-) κινήτρου αυτού, σε ορισμένες χώρες (π.χ. Γερμανία) το ποσό της ημερήσιας αποζημίωσης κλιμακώνεται αντίστροφα με τη διάρκεια νοσηλείας. Με άλλα λόγια, μετά την παρέλευση ενός αριθμού ημερών η αποζημίωση μειώνεται κ.ο.κ.
- Δεν ενσωματώνει πληροφορίες για το διαφορετικό κόστος διαφορετικών θεραπειών

Κλειστό Νοσήλιο

- Εφαρμόζεται στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας από το 1979
- Υπολογίζεται με βάση τη σύμβαση που συνάπτεται ανάμεσα στους οργανισμούς που παρέχουν την ιατρικής φροντίδα και τον ασφαλιστικό φορέα για όλο το φάσμα των υπηρεσιών, ανεξάρτητα από τη φύση της παροχής.
- Αφορά ένα πάγιο ποσό το οποίο καταβάλλεται για κάθε ημέρα νοσηλείας ανεξάρτητα από την ποσότητα και το είδος των φροντίδων υγείας

Ευλύγιστο ή σπαστό νοσήλιο

- Αποτελεί παραλλαγή του κλειστού νοσηλίου
- Ένα μέρος αυτού είναι δεδομένο και σταθερό, ενώ το κόστος μεταβάλλεται ανάλογα με τη σοβαρότητα των περιπτώσεων και στηρίζεται στην αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση
- Το σταθερό κόστος για όλους τους νοσηλευόμενους αφορά τις ξενοδοχειακές και διοικητικές δαπάνες, το δε μεταβλητό αφορά το είδος της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται.

Ανοιχτό νοσήλιο

- Εφαρμόζεται στις ιδιωτικές κλινικές
- Διαμορφώνεται από μια πάγια ημερήσια αμοιβή της νοσοκομειακής μονάδας και αφορά μόνο τις ξενοδοχειακές και διοικητικές υπηρεσίες που παρέχει.
- Προστίθεται η αξία οποιασδήποτε άλλης υπηρεσίας που προκύπτει από την ημερήσια κατανάλωση υπηρεσιών υγείας του νοσηλευομένου και την πάθηση του και κοστολογείται κατά πράξη και περίπτωση.

Ανοιχτό νοσήλιο

- **Μειονεκτήματα**

1. Εμποδίζει τον έλεγχο των δαπανών του νοσοκομείου και έχει ως συνέπεια τη διαρκή αναζήτηση συμπληρωματικών προϋπολογισμών.
2. Θεωρείται ανεπαρκής δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, γιατί ταυτίζεται με τις ημέρες νοσηλείας με αποτέλεσμα να κυριαρχεί ο παράγοντας «φιλοξενία» (παραμονή) σε σχέση με την καθαυτή παροχή ιατρικών φροντίδων.

Ανοιχτό νοσήλιο

- **<u>Μειονεκτήματα</u>**
- Η τιμή ημέρας έχει αποδειχθεί πληθωριστική με την έννοια ότι τα νοσοκομεία απορροφούν πλασματικά έσοδα αυξάνοντας τις ημέρες νοσηλείας
- Τα ελλείμματα ισοσκελίζονται με κρατική επιχορήγηση και η κάλυψη αυτή έχει πληθωριστικό χαρακτήρα

Πληρωμή κατά πράξη (κατά περίπτωση)

- Εφαρμόζεται κυρίως στα ιδιωτικά νοσοκομεία, οι καταναλωτές ασθενείς πληρώνουν το νοσοκομείο όχι με ένα πάγιο προκαθορισμένο ποσό αλλά ένα σύστημα λογιστικής καταγραφής όπου κοστολογείται ξεχωριστά κάθε προσφερόμενη ιατρικό-νοσηλευτική υπηρεσία.
- Παρά το γεγονός ότι, οι ιατρικές πράξεις έχουν κοστολογηθεί εκ των προτέρων, παρουσιάζεται συνήθως το φαινόμενο οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να αυξήσουν τα έσοδα τους, να μεγιστοποιούν τον όγκο των προσφερομένων υπηρεσιών, ώστε το σύνολο των κοστολογημένων ιατρικών πράξεων να είναι συνήθως μεγαλύτερο από το αναγκαίο για την επίτευξη συγκεκριμένων θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Πληρωμή κατά πράξη (κατά περίπτωση)

- Καθορίζει την πληρωμή του νοσοκομείου σύμφωνα με τις συγκεκριμένες υπηρεσίες που έχουν παρασχεθεί σε κάθε ασθενή (fee for service)
- ΗΠΑ (μέχρι την εισαγωγή των DRGs), Ελβετία, Ιαπωνία
- Παρέχει κίνητρα για αύξηση της ποσότητας, της ποιότητας (με την έννοια της χρήσης συσκευών και τεχνικών προηγμένης τεχνολογίας), καθώς και της τιμής των παρεχομένων υπηρεσιών. Κατά συνέπεια η επίδραση της μεθόδου στο συνολικό κόστος είναι αναπόφευκτα αυξητική.

Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων

- Ομοιογενείς Διαγνωστικές κατηγορίες (Diagnosis Related Groups DRGs)
- Σφαιρικός προϋπολογισμός

DRGs

- Θεωρείται δεδομένο ότι τα DRGs μπορούν να περιγράψουν το σύνολο των περιπτώσεων, δηλαδή τη σύνθεση, διάρθρωση των ασθενών ενός νοσοκομείου, την κάλυψη κλινών κάθε διαγνωστικής κατηγορίας σε ολόκληρη υγειονομική περιφέρεια, ως αποτέλεσμα πλέον της ανάλυσης του λογισμικού τους.
- Η εφαρμογή του ταυτίζεται με την ύπαρξη τράπεζας πληροφοριών σχετικής με τον υγειονομικό τομέα σ’ ολόκληρη την επικράτεια.

DRGs

- Η ύπαρξη όλων αυτών των στοιχείων δεν σημαίνει ότι κάθε κατηγορία αυτόματα κατέχει και το δεδομένο κόστος της. Πρωταρχικός στόχος κατά την εφαρμογή αυτού συστήματος πρέπει να είναι η συνεχής επιδίωξη σύνθεσης του κόστους με τη δραστηριότητα.
- Οι ομοιογενείς κατηγορίες δείχνουν τον τύπο και το σύνολο των ασθενών, που υπάγονται σε κάθε διαγνωστική κατηγορία και τη διαφοροποίηση των πόρων στην ίδια διαγνωστική κατηγορία.
- Η διάρκεια νοσηλείας είναι από τους βασικότερους παράγοντες προσδιορισμού του κόστους, ιδίως εφόσον το έμμεσο και κεφαλαιουχικό κόστος μοιράζεται αναλογικά ανά ημέρα νοσηλείας σ’ όλους τους ασθενείς.

DRGs

- Η κοστολόγηση των διαγνωστικών κατηγοριών χρησιμοποιείται ως πηγή πληροφοριών και για τον έλεγχο των επιμέρους προϋπολογισμών κάθε τμήματος – υπηρεσίας στα νοσοκομεία.
- Αποτελεί τη βάση του κλινικού προϋπολογισμού και της διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων.

DRGs

- Η γνώση και χρησιμοποίηση της δραστηριότητας του περασμένου οικονομικού έτους και το κόστος κάθε περίπτωσης για τον προσδιορισμό των στόχων της επόμενης χρονιάς αποτελεί μια πολύ πιο ευαίσθητη μέθοδο σε σύγκριση με τη μέθοδο που χρησιμοποιούνταν στο παρελθόν, δηλαδή ο υπολογισμός του μέσου κόστους κάθε ειδικότητας.

DRGs

- Έτσι τα DRGs συντείνουν στον προγραμματισμό των τμημάτων – υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου.
- Συμβάλλουν στην εκτίμηση του κόστους για το σχεδιασμό νέων ή την επέκταση υπαρχόντων νοσηλευτικών τμημάτων και ακόμα προτείνουν αλλαγές στις επικρατούσες μεθόδους ιατρικής πρακτικής.

DRGs

- Οι διευθυντές – διαχειριστές των νοσοκομείων και οι υπεύθυνοι των ιατρικών τμημάτων έχουν την ευχέρεια να συγκρίνουν το κόστος κάθε διαγνωστικής κατηγορίας και με άλλα νοσοκομεία καθώς και να εκτιμούν την επίδραση που πιθανόν έχει η εκάστοτε άνοδος του κόστους στην ποιότητα της φροντίδας.

DRGs

- Τα DRGs δεν περιλαμβάνουν πληρωμές στα νοσοκομεία, που αφορούν το κεφαλαιουχικό κόστος (τόκο, απόσβεση) το άμεσο κόστος για ιατρική εκπαίδευση, το κόστος των εξωτερικών ασθενών αλλά το κόστος νοσηλείας, ιατρικό, διαγνωστικό, θεραπευτικό και λειτουργικό.
- Τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται για αυτές τις δαπάνες με το αναδρομικό σύστημα χρηματοδότησης.

DRGs

- Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών η συλλογή των αρχείων των ασθενών πρέπει να περιέχει τα εξής στοιχεία: κύρια διάγνωση, δευτερεύουσα διάγνωση, χειρουργικές επεμβάσεις, ηλικία, φύλο, τρόπο εξόδου και προορισμό μετά την έξοδο.
- Υπάρχουν ακόμα και άλλα στοιχεία πληροφόρησης, τα οποία αποσκοπούν στην καλύτερη ανάλυση των αρχείων των ασθενών, όπως οι γιατροί που παρακολουθούν τον ασθενή, το ιατρικό τμήμα που νοσηλεύεται, η διάρκεια νοσηλείας, ο τρόπος εισαγωγής.

Κριτήρια και τεχνικές αξιολόγησης των DRGs

- Διαδικασία βελτίωσης ιατρικής πρακτικής από το ΥΥ ΗΠΑ:

1. Έλεγχο
2. Ανάλυση των μεταβολών
3. Σωστή χρήση των ιατρικών πράξεων
4. Ανατροφοδότηση και επιμόρφωση

Οι διαδικασίες αυτές ελέγχου πραγματοποιούνται από τους Οργανισμούς Ποιοτικού ελέγχου (PROs), οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την άσκηση του ποιοτικού ελέγχου (medical audit) και του ελέγχου χρησιμοποίησης των μέσων (utilization review).

Ο υπολογισμός του κόστους-αποτελεσματικότητας των ομοιογενών διαγνωστικών κατηγοριών αποσκοπεί στον κατά δυνατόν ακριβέστερο προσδιορισμό του κόστους κάθε διαγνωστικής κατηγορίας. Αυτός ο τύπος αξιολόγησης θεωρείται ακόμη αρκετά πολύπλοκος, διότι ενώ γνωρίζουμε ότι οι διαγνωστικές κατηγορίες είναι κλινικά ομοιογενείς ως προς τη διάγνωση και ως προς τους πόρους που καταναλώνονται με βάση τη διάρκεια νοσηλείας, δεν είναι όμως ομοιογενείς ως προς την πρόγνωση των αποτελεσμάτων.

Μειονεκτήματα DRGs

- Η διαφοροποίηση των τιμών των διαγνωστικών κατηγοριών μέχρι και 14% μεταξύ αστικών και επαρχιακών νοσοκομείων, με αποτέλεσμα να διαφοροποιείται και η παραγωγικότητα τους.
- Η αδυναμία της κυβέρνησης να πληρώσει το πραγματικό κόστος νοσηλείας των ασφαλισμένων στο Medicare.
- Τα νοσοκομεία απέφευγαν να νοσηλεύσουν ασθενείς του Medicare όταν το 40% των εσόδων τους προέρχονταν από πληρωμές αυτού του προγράμματος
- Μεγάλος βαθμός ετερογένειας στην κατάταξη των ασθενών

Πλεονεκτήματα DRGs

- Οι ομοιογενείς κατηγορίες ή η ανάλυση της δομής των ασθενών ενός νοσοκομείου παρέχουν τη δυνατότητα για έλεγχο ή χρησιμοποίηση των αρχείων των ασθενών.
- Διακρίνουν τις απλές από τις πολύπλοκες, τις φθηνές από τις δαπανηρές περιπτώσεις νοσηλείας.
- Δείχνουν κατά πόσο αυτές οι συχνότητες ποικίλουν μεταξύ των νοσοκομείων, των ειδικοτήτων ή των γιατρών.
- Καταγράφουν τη διάρκεια νοσηλείας και τις παρατηρούμενες αποκλίσεις της μεταξύ των ίδιων διαγνωστικών κατηγοριών, ειδικοτήτων ή των γιατρών

Πλεονεκτήματα DRGs

- Καταγράφουν τη διάρκεια νοσηλείας και τις παρατηρούμενες αποκλίσεις της μεταξύ των ίδιων διαγνωστικών κατηγοριών, ειδικοτήτων και νοσοκομείων
- Η διάρκεια νοσηλείας και άλλες μεταβλητές μπορούν να μετρήσουν την ποσότητα των πόρων που χρησιμοποιούνται για κάθε περίπτωση νοσηλείας
- Η αναγκαιότητα για ανεύρεση πόρων συνδέεται με μελλοντικό σχεδιασμό ή επέκταση ενός ιατρικού τμήματος ή και νοσοκομείου
- Η πληροφόρηση για τη χρηματοδότηση των πόρων συνδέεται με μελλοντικό σχεδιασμό ή επέκταση ενός ιατρικού τμήματος ή και νοσοκομείου.
- Η πληροφόρηση για τη χρησιμοποίηση των πόρων και ειδικότερα, ο προσδιορισμός του κόστους κάθε διαγνωστικής κατηγορίας μπορεί να αποτελέσει την αφετηρία σύνταξης ή ελέγχου των νοσοκομειακών προϋπολογισμών
- Στρέφει του ασθενείς προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, υποδεικνύοντας εναλλακτικές μορφές νοσηλείας – αλληλοσύνδεση της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια

Σφαιρικός – κλειστός κατά τμήμα προϋπολογισμός

Σφαιρικός προϋπολογισμός

- Στο σύστημα αυτό, τα νοσοκομεία λαμβάνουν έναν ετήσιο προϋπολογισμό για την κάλυψη του κόστους του συνόλου των υπηρεσιών που παρέχουν.
- Στην δεκαετία του '80, έγινε η κύρια μέθοδος χρηματοδότησης των νοσοκομείων σε «καθετοποιημένα» συστήματα υγείας (Σουηδία, Νορβηγία, Δανία, Φινλανδία, Ιρλανδία, Βρετανία, Καναδά, Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία). Επίσης εφαρμόζεται στο νοσοκομειακό τομέα χωρών με «συμβασιακά» συστήματα υγείας όπως η Γαλλία.

Τι είναι ο Σφαιρικός – Κλειστός κατά τμήμα προϋπολογισμός

- Ο προϋπολογισμός που καλύπτει σφαιρικά και χωρίς καμία μεταβολή κατά τη διάρκεια του οικονομικού έτους, το σύνολο των προβλεπόμενων δραστηριοτήτων του οργανισμού, εκφρασμένων σε οικονομικά μεγέθη
- Η ανάλυση σε κατά τμήμα προϋπολογισμούς (τμηματικούς) είναι αναγκαίο εργαλείο που μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη εσωτερικής δυναμικής για την αποδοτικότερη οικονομική διοίκηση του οργανισμού

Τμηματικοί προϋπολογισμοί

- Κάθε τμήμα – κέντρο κόστους / υπευθυνότητας έχει κατά την έναρξη του οικονομικού έτους τον δικό του ορισμένο και συμφωνημένο προϋπολογισμό, που αναλύεται σε λογαριασμούς σε πλήρη αντιστοιχία με τον συνολικό – κεντρικό προϋπολογισμό.
- Το άθροισμα των τμηματικών προϋπολογισμών αποτελούν τον συνολικό / κεντρικό προϋπολογισμό
- Αυτονόητο είναι ότι τόσο οι τμηματικοί προϋπολογισμοί είναι σφαιρικοί και κλειστοί, όπως ο κεντρικός

Τμήματα – κέντρα κόστους / υπευθυνότητας

- Το νοσοκομείο χωρίζεται σε Κέντρα Κόστους, τα οποία είναι ταυτόχρονα Κέντρα υπευθυνότητας, αντίστοιχα με τη λειτουργική οργανωτική δομή
- Τα κέντρα κόστους διακρίνονται σε τελικά και ενδιάμεσα, αντίστοιχα με την λογιστική διάκριση
- Τελικά είναι τα τμήματα αναφοράς για τον ασθενή
- Ενδιάμεσα είναι όλα όσα παράγουν / παρέχουν υπηρεσίες κατ'εντολή του κέντρου αναφοράς
- Όλα τα υποστηρικτικά τμήματα λογίζονται ως ενδιάμεσα
- Τα ενδιάμεσα κλείνονται λογιστικά και επιμερίζονται στα τελικά, ανάλογα με τον αριθμό εντολών
- Τα υποστηρικτικά κλείνονται επίσης στα τελικά αναλογικά με εσωτερικούς συμφωνημένους δείκτες

Μειονέκτημα

- Το βασικό μειονέκτημα του συστήματος του σφαιρικού προϋπολογισμού είναι ότι παρέχει ανεπαρκή κίνητρα στα νοσοκομεία ώστε να βελτιώσουν τα βαθμό οικονομικής αποδοτικότητας της λειτουργίας τους.

Δυσκολίες εφαρμογής

- Η ισχύουσα μέθοδος χρηματοδότησης (νοσήλιο και ξεχωριστά τιμολογημένες πράξεις) δεν καλύπτει σε πλήρη αντιστοιχία το πραγματικό κόστος κάθε περίπτωσης, οπότε δεν είναι βέβαιη η κάλυψη όλων των τμημάτων κατά το σκέλος των εσόδων
- Η ισχύουσα μέθοδος μπορεί να καλύπτει συνολικά και αθροιστικά τον κεντρικό προϋπολογισμό, αν ληφθεί υπόψη η κάλυψη της μισθοδοσίας
- Η εισαγωγή προϋπολογισμού αναλυμένου σε τμηματικούς μπορεί να εφαρμοστεί κατά το σκέλος των εξόδων, μέχρι την εισαγωγή των DRGs ή άλλης μορφής χρηματοδότησης

Πλεονεκτήματα

- Η διαχειριστική απλότητα και υπό την οπτική γωνία της διοίκησης του νοσοκομείου, προβλεψιμότητα των εσόδων του.
- Παρέχει έναν άμεσο τρόπο συγκράτησης του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών, υπό τον όρο ότι οι προϋπολογισμοί είναι ανελαστικοί. Το πρόβλημα των ελαστικών προϋπολογισμών (soft budget) είναι ιδιαίτερα έντονο σε μερικές χώρες της νότιας Ευρώπης.

Δομή συστήματος για την εισαγωγή του σφαιρικού προϋπολογισμού

- Αποσαφήνιση της ιεραρχίας στο εσωτερικό του τμήματος – κέντρου κόστους
- Οργάνωση / συντονισμός μερών των τμημάτων
- Προσδιορισμός της Διοικητικής σχέσης μεταξύ του κέντρου κόστους και κεντρικής οικονομικής Υπηρεσίας
- Προσδιορισμός της Διοικητικής και λειτουργικής σχέσης μεταξύ των κέντρων κόστους, και κυρίως μεταξύ των τελικών και των ενδιάμεσων
- Λογιστική Οργάνωση και αποτύπωση των λειτουργιών και των συναλλαγών

Λογιστική Οργάνωση

- Η ανάλυση του κλαδικού Λογιστικού σχεδίου απηχεί και καλύπτει τις ανάγκες του σφαιρικού και κατά τμήμα προϋπολογισμού
- Η αποσαφήνιση των κινήσεων (λογιστικών ή άλλων του κάθε τμήματος κι η ανάθεση της σχετικής ευθύνης είναι προαπαιτούμενο
- Η ανάπτυξη της μηχανογράφησης και η επέκταση αυτής στα τμήματα αποτελούν κρίσιμο παράγοντα
- Ο ρόλος του νοσηλευτικού τμήματος και σώματος επαναπροσδιορίζεται, εκ των πραγμάτων

Διαδικασία κατάρτισης

- Ανάλυση των δεδομένων του εσωτερικού και του εξωτερικού περιβάλλοντος
- Λήψη Στρατηγικής απόφασης για προτεραιότητες (Επιχειρησιακός και Οικονομικός Σχεδιασμός)
- Διαπραγμάτευση και οριστικοποίηση τμηματικών προϋπολογισμών, λογιστική αποτύπωση αυτών
- Συμφωνία – συναίνεση – δέσμευση επί των στόχων (κεντρικών και εξειδικευμένων κατά τμήμα) και των μέσων

Αναμενόμενα οφέλη

- Κοστολόγηση δραστηριότητας τμημάτων (είτε συνολικά, είτε κατά πράξη ή παρέμβαση)
- Ανάπτυξη εσωτερικού Benchmarking
- Υποκίνηση Διευθυντών των τμημάτων για αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη διοίκηση
- Καλύτερη ανάπτυξη της παραγωγικής διαδικασίας προς όφελος του ασθενή (βελτίωση ποιότητας)
- Συμμετοχή – δέσμευση όλων των τομέων και επιπέδων της ιεραρχίας (μαθησιακή οργάνωση)

Προτεραιότητας και προκλήσεις

- Αναδιοργάνωση οικονομικής Υπηρεσίας
- Επαναπροσδιορισμός ιεραρχικών σχέσεων
- Εκπαίδευση Προσωπικού
- Διάχυση γνώσης και πληροφορίας, Διαφάνεια
- Νέος ρόλος για όλες τις Υπηρεσίες
- Συμμετοχική Διοίκηση

Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας 10 ανεπτυγμένων χωρών

Πιέσεις

- Η γήρανση του Ευρωπαϊκού πληθυσμού
- Η αλλαγή του νοσολογικού προτύπου
- Η ανάπτυξη νέων διαγνωστικών θεραπευτικών τεχνολογιών και της πληροφορικής
- Αυξανόμενες προσδοκίες και απαιτήσεις πολιτών
- ***Λειτουργούν καταλυτικά στην αύξηση των δαπανών για την υγεία σε ένα περιβάλλον περιορισμένων κοινωνικών πόρων***

ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

	Bismark	Beveridge	**Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης**
Έλεγχος παραγωγικών συντελεστών	Δημόσιος - Ιδιωτικός (μη κερδοσκοπικός)	Δημόσιος	Ιδιωτικός (κερδοσκοπικός)
Κάλυψη	Πλήρης κατά κατηγορία επαγγέλματος	Πλήρης & καθολική	Ελεύθερη επιλογή
Χρηματοδότηση του συστήματος	Εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών. Κοινωνικοί πόροι, τριμερής χρηματοδότηση	Μέσω φορολογίας (άμεσης, έμμεσης, ειδικής)	Ατομικές ή εργοδοτικές ιδιωτικές εισφορές
Προσφορά υπηρεσιών υγείας	Συμβεβλημένοι γιατροί με πάγια ή με αντιμισθία. Μονάδες του ΕΣΥ ή των ασφαλιστικών φορέων	Γιατροί με πλήρη ή μη αποκλειστική απασχόληση. Μονάδες υγείας του ΕΣΥ	Συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί, Συμβεβλημένες μονάδες υγείας
Δικαιούχοι πρόσβασης	Οι ασφαλισμένοι και τα προστατευόμενα μέλη κάθε ασφαλιστικού φορέα	Όλοι οι πολίτες	Ασφαλισμένοι, Συμβεβλημένα μέλη
Αντιπροσωπευτική χώρα	Γαλλία & Γερμανία	Μ. Βρετανία	ΗΠΑ

Κατηγορίες αλλαγών

- 4 μεγάλες Κατηγορίες αλλαγών

1. Διαμόρφωση νέων σχέσεων κράτους αγοράς
2. Ανάπτυξη αποκεντρωμένων μορφών διοίκησης
3. Ενδυνάμωση της εξουσίας και των επιλογών των ασθενών
4. Αναβάθμιση της δημόσια υγείας και των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών περίθαλψης

Σύγκριση 10 συστημάτων υγείας

- Γαλλίας
- Γερμανίας
- Ελλάδας
- ΗΠΑ
- Ισπανίας
- Ιταλίας
- Καναδά
- Μεγάλη Βρετανία
- Ολλανδίας
- Σουηδίας



Πίνακας 1. Οικονομικοί δείκτες και δείκτες χρήσης και επάρκειας σε 10 επιλεγμένες χώρες.

	Δαπάνες (% ΑΕΠ)			Χρηματοδότηση			Νοσοκομεία			Ανθρώπινοι πόροι	
Χώρες	Συνολικές	Δημόσιες	Ιδιωτικές	Φορολογία	Κοινωνική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κλίνες ανά 1.000 άτομα	ΜΔΝ	Κρεβατοημέρες ανά κάτοικο	Γιατροί ανά 1.000 άτομα	Νοσηλευτές ανά 1.000 άτομα
Γαλλία	9,5%*****	6,2%	3,3%	-	75,8%	24,2%	4,1*****	5,6***	2,5**	3***	5,9**
Γερμανία	10,6%*****	7%	3,6%	19%	56,5%	24,5%	6,9*****	10,8**	2,6**	3,6*****	9,5**
Ελλάδα	9,1%*****	5,2%	3,9%	34,2%	22,8%	43%	3,9****	6****	1,2*	4,4****	3,7*
ΗΠΑ	13%*****	5,8%	7,2%	22,5%	22,1%	55,4%	3,6*****	8*	1,1**	2,8****	8,3**
Ισπανία	7,7%*****	5,4%	2,3%	62,9%	7,2%	29,9%	3,0*****	8*	1,1*	3,3*****	4,5*
Ιταλία	8,1%*****	5,9%	2,2%	72,7%	0,1%	27,2%	4,4****	7,1***	1,7*	6*****	4,9*
Καναδάς	9,1%*****	6,5%	2,6%	69,5%	1,9%	28,6%	3,9****	10*	1,9*	2,1*****	7,6**
Μεγάλη Βρετανία	7,3%*****	5,9%	1,4%	71%	10%	19%	2,0*****	5,0*	1,7*	1,8*****	4,5*
Ολλανδία	8,1%*****	5,5%	2,6%	5,6%	6,23%	32,1%	3,4*****	8,3***	3,6**	2,5*	9*
Σουηδία	7,9%***	6,6%	1,3%	83,5%	-	16,5%	2,6*****	5,1*	1,3*	2,9****	10,2*

ΑΕΠ: Ακαθάριστο εθνικό προϊόν, ΜΔΝ: Μέση διάρκεια νοσηλείας

* 1996, ** 1997, *** 1998, **** 1999, ***** 2000

Πηγή: OECD[5,6]

- Συγκριτική ανάλυση των 10 συστημάτων υγείας
  - Πίνακας..

«Οικονομική αξιολόγηση – αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας»

Τα **Οικονομικά της Υγείας** διερευνούν τους μηχανισμούς παραγωγής, διανομής και κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας καθώς και την άριστη κατανομή των πόρων, με σκοπό να επιτευχθεί ένα βέλτιστο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Η **Φαρμακοοικονομία** αναζητά τις μεθόδους αποτίμησης των φαρμακευτικών παρεμβάσεων έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη βελτίωση της υγείας των ασθενών. Εκτός των φαρμακευτικών παρεμβάσεων ασχολείται και με ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και την χρήση του καθώς επίσης και με την αποτίμηση διοικητικών - οργανωτικών παρεμβάσεων.

Ορισμός

Οικονομική αξιολόγηση ονομάζεται η συγκριτική ανάλυση των εναλλακτικών ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας σε σχέση με τα κόστη τους, μετρούμενα σε χρηματικές μονάδες, και τα αποτελέσματα τους μετρούμενα σε χρηματικές ή φυσικές μονάδες.

Οι μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης αποτελούν προϋπόθεση για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού και την εξοικονόμηση πόρων και χρησιμοποιούνται με αυξανόμενους ρυθμούς στα εξελιγμένα συστήματα υγείας.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Ως **Οικονομική Αξιολόγηση** νοείται η συγκριτική αξιολόγηση εναλλακτικών στρατηγικών ως προς το κόστος και το αποτέλεσμα.

Η Οικονομική αξιολόγηση έχει τις ρίζες της στους εξής προβληματισμούς:

1. Θα πρέπει να επιλέγεται, προς εφαρμογή, η δραστηριότητα εκείνη που επιφέρει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, και
2. Καμμία δραστηριότητα δεν θα πρέπει να καταναλώνει περισσότερους πόρους από αυτούς που είναι πραγματικά απαραίτητοι.

ΚΟΣΤΟΣ

Κόστος είναι η αξιακά υψηλότερα αποτιμούμενη εναλλακτική χρήση των πόρων.

Κύριες ομάδες κόστους:

- **Άμεσο** κόστος
- **Έμμεσο** κόστος
- **Μη μετρήσιμο** κόστος

Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης:

- Ανάλυση **ελαχιστοποίησης του κόστους** *(cost minimization analysis)*
- Ανάλυση **κόστους - αποτελεσματικότητας** *(cost - effectiveness analysis)*
- Ανάλυση **κόστους - χρησιμότητας** *(cost - utility analysis)*
- Ανάλυση **κόστους - οφέλους** *(cost - benefit analysis)*

Ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας

Αποτελεσματικότητα \ Κόστος	Α < Β	Α > Β
Α > Β	Επιλέγεται η μέθοδος Α	**Οικονομική Αξιολόγηση**
Α < Β	**Οικονομική Αξιολόγηση**	Επιλέγεται η μέθοδος Β

Ο ρόλος της οικονομικής αξιολόγησης

- Η οικονομική αξιολόγηση έχει τη δυνατότητα να αποτιμήσει ένα μεγάλο εύρος προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας. Μπορεί να αφορά εναλλακτικά σε ιατρικά μέτρα ή προγράμματα υγείας που απευθύνονται είτε στο ίδιο πρόβλημα υγείας (π.χ. σύγκριση χειρουργικής θεραπείας και ακτινοθεραπείας για εντοπισμένο καρκίνο προστάτη), είτε σε διαφορετικά (π.χ. σύγκριση ενός προγράμματος προαγωγής υγείας για το κάπνισμα με ένα πρόγραμμα διαλογής για τον καρκίνο του παχέος εντέρου).

Ο ρόλος της οικονομικής αξιολόγησης

- Στην 1η περίπτωση, θεωρείται δεδομένη η αναγκαιότητα της παρέμβασης για το δεδομένο πρόβλημα υγείας, εγείρεται όμως το θέμα της εύρεσης της αποδοτικότερης κλινικής διαδικασίας για την αντιμετώπιση του.

Ο ρόλος της οικονομικής αξιολόγησης

- Την απάντηση δίνει η τεχνική αποδοτικότητα (technical efficiency) που εκφράζει το βαθμό στον οποίο το κάθε εναλλακτικό ιατρικό μέτρο ή πρόγραμμα για το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας δίνει τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα, χρησιμοποιώντας το ελάχιστο ποσό εισροών.

Ο ρόλος της οικονομικής αξιολόγησης

- Εγείρεται το ζήτημα επιλογής μεταξύ διαφορετικών παρεμβάσεων και κατανομής των συνολικών πόρων στα διάφορα προγράμματα υγείας στο πλαίσιο της πολιτικής υγείας.
- Στην περίπτωση αυτή χρησιμοποιείται η αποδοτικότητα κατανομής (allocative efficiency), που βασίζεται στον υπολογισμό του άριστου κατά pareto σημείου, για να μετρήσει το βαθμό στον οποίο οι πόροι υγείας χρησιμοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, ώστε να μην είναι δυνατή η απολαβή μεγαλύτερου οφέλους για την κοινωνία ως σύνολο, μέσω ανακατανομής πόρων μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων υγείας. Με την αποδοτικότητα κατανομής καθίσταται έτσι εφικτή η αποτίμηση της καταλληλότητας των επενδύσεων σε κάθε τομέα και της ορθότητας των προτεραιοτήτων.

Ο ρόλος της οικονομικής αξιολόγησης

- Η οικονομική αξιολόγηση μπορεί να βοηθήσει τους διοικούντες να βελτιώσουν την πολιτική της φροντίδας υγείας, με την προϋπόθεση ότι ο βασικός στόχος της οικονομικής αξιολόγησης, δηλαδή η μεγιστοποίηση των υγειονομικών αποτελεσμάτων που παράγονται από τους διαθέσιμους παραγωγικούς συντελεστές, εξυπηρετείται παράλληλα με την εξασφάλιση της μεγαλύτερης δυνατής ισότητας.

Στάδια της οικονομικής αξιολόγησης

- Τα στάδια μιας σωστής οικονομικής αξιολόγησης ενός ή περισσοτέρων ιατρικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, με βάση τον Drummond και τους άλλους ερευνητές, είναι τα ακόλουθα:

Στάδια της οικονομικής αξιολόγησης

- Η διατύπωση του ερωτήματος της μελέτης αξιολόγησης και της προοπτικής της (π.χ. προοπτική ασθενούς, δημόσιας ασφάλισης, κοινωνική προοπτική) και η επιλογή της μεθόδου αξιολόγησης και του τρόπου συλλογής των στοιχείων
- Η εκτενής περιγραφή των ανταγωνιστικών εναλλακτικών λύσεων. Επισημαίνεται ότι ακόμα και στην περίπτωση αξιολόγησης μεμονωμένου ιατρικού μέτρου ή προγράμματος υγείας (π.χ. ένα νέο φάρμακο για το άσθμα) υπονοείται ως εναλλακτική λύση η συνέχιση της ισχύουσας πρακτικής

Στάδια της οικονομικής αξιολόγησης

- Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας του κάθε ιατρικού μέτρου ή προγράμματος υγείας
- Ο εντοπισμός για όλες τις εναλλακτικές λύσεις κάθε επιμέρους κόστους και αποτελέσματος που θα περιληφθεί στη μελέτη, ανάλογα με την προοπτική της μελέτης. Στην περίπτωση της κοινωνικής προοπτικής (social perspective), που είναι και η επιθυμητή, όλα τα κόστη και τα αποτελέσματα χρησιμοποιούνται στην ανάλυση

Στάδια της οικονομικής αξιολόγησης

- Η ακριβής μέτρηση κάθε κόστους και αποτελέσματος με βάση τις κατάλληλες υλικές μονάδες (π.χ. ώρες νοσηλείας, αριθμός ιατρικών επισκέψεων κλπ.)
- Οι κατάλληλες προσαρμογές κόστους και αποτελεσμάτων με βάση τις χρονικές διαφορές

Στάδια της οικονομικής αξιολόγησης

- Η ανάλυση του πρόσθετου (incremental) κόστους και αποτελέσματος κάθε εναλλακτικής λύσης. Ο όρος πρόσθετο αναφέρεται στη διαφορά κόστους ή και αποτελέσματος ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα εναλλακτικά μέτρα ή προγράμματα υγείας

Στάδια της οικονομικής αξιολόγησης

- Η πρόβλεψη της αβεβαιότητας στην εκτίμηση κόστους και αποτελεσμάτων. Αν υπάρχει αμφιβολία για την ποιότητα και την αξιοπιστία των κλινικών δεδομένων, θα πρέπει να γίνεται ανάλυση ευαισθησίας, ως διαδικασία χειρισμού των αναξιόπιστων ή ελλιπών δεδομένων
- Η κατάταξη των εναλλακτικών λύσεων με βάση το λόγο αποτελέσματος – κόστους και ενδεχομένως και με άλλα κριτήρια που έχουν επιλεγεί (π.χ. απλότητα)

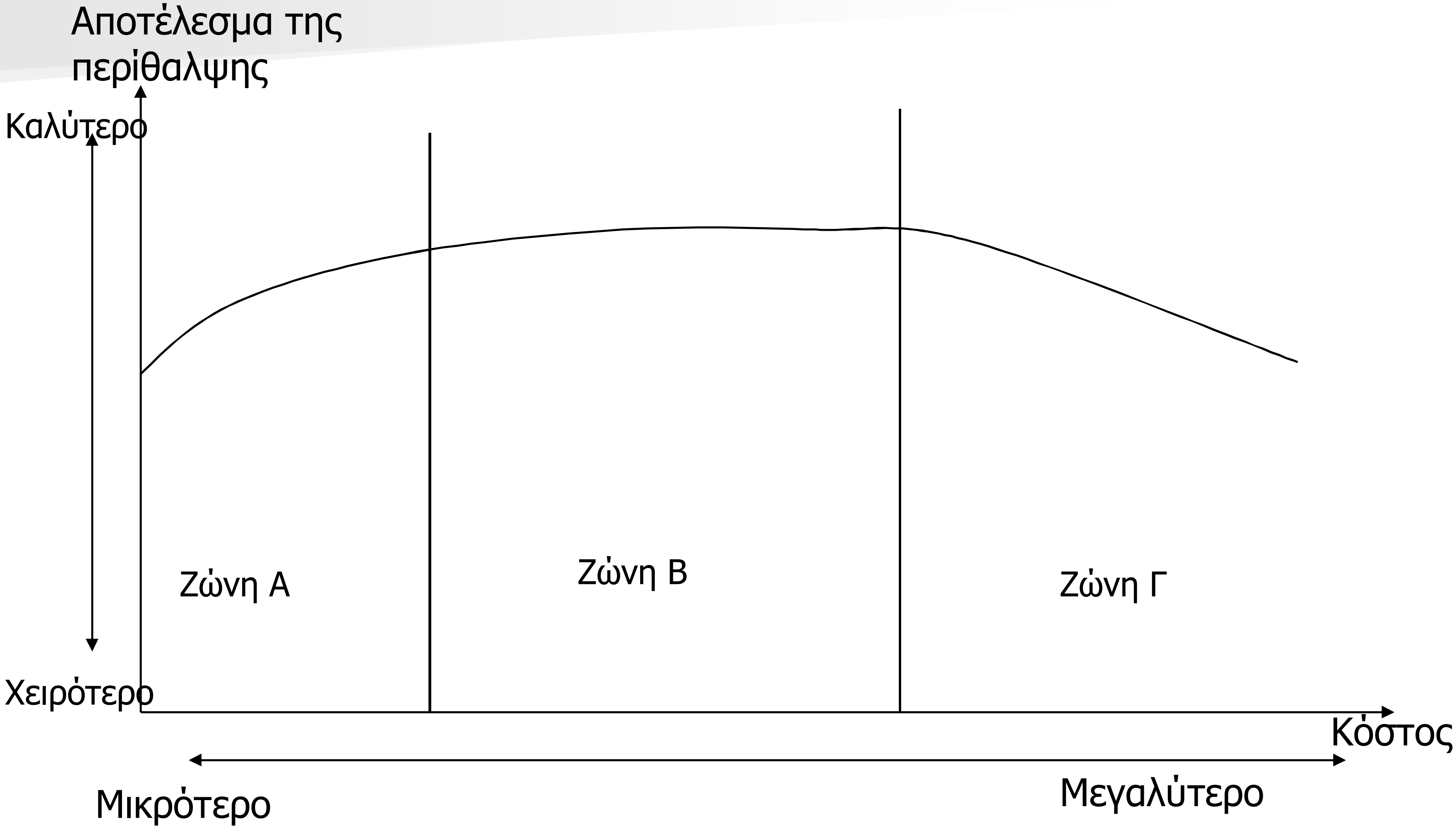
Προϋπολογισμός προγραμμάτων και οριακή ανάλυση

- Ο προϋπολογισμός προγραμμάτων (program budgeting) και η οριακή ανάλυση (marginal analysis) αποτελούν ένα οικονομικό πλαίσιο κανόνων (PBMA) που μπορούν να βοηθήσουν τους λαμβάνοντες τις αποφάσεις να θέσουν ορθές προτεραιότητες και να κατανείμουν αποδοτικά τους πόρους. Το πλαίσιο (PBMA) βασίζεται στις ίδιες αρχές με την οικονομική αξιολόγηση, αλλά πιο πρακτικό και εφαρμόσιμο σε περισσότερα επίπεδα μέσα στο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με αυτό, καταρτίζεται πρώτα ο προϋπολογισμός προγραμμάτων δηλαδή ένας χάρτης της τρέχουσας κατανομής των πόρων σε μια υπηρεσία, μια υγειονομική περιφέρεια ή ένα σύστημα υγείας.

Προϋπολογισμός προγραμμάτων και οριακή ανάλυση

- Ύστερα μέσω της οριακή ανάλυση προσδιορίζονται οι αλλαγές που πρέπει να γίνουν στο μέγεθος ή τη διάρθρωση των παρεχόμενων στον πληθυσμό προγραμμάτων υγείας, με στόχο τη μεγιστοποίηση της ωφέλειας, την ελαχιστοποίηση του εναλλακτικού κόστους και την ικανοποίηση στόχων ισότητας.
- Τα αποτελέσματα τα σχετικά με την ωφέλεια του κοινωνικού συνόλου σε σχέση με το κόστος (που εκφράζει το μέγεθος) ενός προγράμματος έχουν συνήθως τη μορφή της παρακάτω εικόνας:

Συνήθης μεταβολή της αποδοτικότητας μιας επένδυσης υγείας σε σχέση με το κόστος της



Πηγή: Williams - Torrens

Προϋπολογισμός προγραμμάτων και οριακή ανάλυση

- Οι αρχικές επενδύσεις παράγουν θετικά αποτελέσματα για τις περισσότερες περιπτώσεις (ζώνη Α). Στη συνέχεια όπου αντιμετωπίζονται οι λίγες δύσκολες περιπτώσεις, υπάρχει μικρή και αργότερα μηδενική αποτελεσματικότητα από τις επιπλέον επενδύσεις μπορεί (ζώνη Β), ενώ τελικά, περαιτέρω επενδύσεις μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικά αποτελέσματα (ζώνη Γ).

Προϋπολογισμός προγραμμάτων και οριακή ανάλυση

- Αυτό μπορεί να συμβεί είτε με αυξημένη ιατρογένεση της αρρώστιας από την ένταση της παρέμβασης, είτε με την σπατάλη πόρων που η χρήση τους στους άλλους τομείς θα μπορούσε να έχει περισσότερο θετικά αποτελέσματα στην υγεία.
- Το σχήμα βέβαια είναι απλοποιημένο, ενώ στην πραγματικότητα τα αποτελέσματα είναι πολυδιάστατα και απεικονίζονται με περισσότερες καμπύλες.

ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

•Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των δημοσίων δαπανών για τη νοσοκομειακή περίθαλψη: 24,38%

•Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των συνολικών δαπανών για την υγεία: 19,50%

•Κλίνες ΜΕΘ: 10% των νοσοκομείων (*δεκαετία ‘60*)

•Κλίνες ΜΕΘ: 80% των νοσοκομείων (*δεκαετία ‘90*)

•Κόστος λειτουργίας ΜΕΘ = 15 - 20% του συνολικού κόστους λειτουργίας ενός νοσοκομείου

•Κόστος λειτουργίας ΜΕΘ = 1% του ΑΕΠ (*1984*)

•Κόστος αναισθησίας ασθενών σε ΜΕΘ = 1 δις δολάρια ΗΠΑ (*1997*)

•Κόστος κατανάλωσης φαρμάκων σε ΜΕΘ = 40% της συνολικής δαπάνης για φάρμακα εντός του νοσοκομειακού τομέα

ΦΑΡΜΑΚΟΙΟΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΗ ΜΕΘ

1. Δεν νοείται η φαρμακοοικονομική ανάλυση να περιορίζεται μόνο στην εξέταση του κόστους προμήθειας του φαρμάκου.

2. Η ανάλυση να γίνεται από την οπτική γωνία της κοινωνίας, γενικότερα.

3. Ως μέτρο της σχέσης κόστους - αποτελεσματικότητας θα πρέπει να χρησιμοποιείται το Κόστος ανά Έτος Ζωής Προσαρμοσμένο στην Ποιότητά του (QUALY).

4. Να αναφέρεται η διάρκεια και ο ακριβής χρόνος διεξαγωγής της ανάλυσης.

5. Πριν από την διεξαγωγή της φαρμακοοικονομικής ανάλυσης θα πρέπει να έχει επιβεβαιωθεί η κλινική δραστικότητα του φαρμάκου.

Η Υγεία δεν έχει τιμή,

έχει όμως κόστος!

Βιβλιογραφία

- Becker, G.S., K.M. Murphy and T. Philipson. (2007). "The value of life near its end and terminal care," *NBER Working Paper 13333.*
- Cleanthous, Paris (2003). "Pharmaceutical Demand and Welfare Implications of Innovation," Yale University Ph.D., (December).
- Cleanthous, Paris, Wonjoon Kim and Dick Wittink (2007). " Innovate or Imitate? Strategic Innovation Decision in the Pharmaceutical Industry," mimeo University of Cyprus.
- Cleanthous, Paris (2008). «Ανακουφιστική Φροντίδα: Οικονομική Προσέγγιση,» mimeo University of Cyprus
- Drummond, M.F., B. O'Brien, G.L. Stoddart, and G.W. Torrance. (1997). "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes". Oxford University Press.
- European Association for Palliative Care - Country Reports. (2005). *EAPC Task Force on the development of Palliative Care in Europe.*
- Garber, A.M. and C.E. Phelps. (1997). "Economic Foundations of Cost-Effectiveness Analysis," *Journal of Health Economics*, v16; 1-32.
- Murphy, M. and R. Topel. (2003). "The Economic Value of Medical Research." in Measuring the Gains from Medical Research: An Economic Approach, (Murphy and Topel, eds). University Of Chicago Press; 41-73.
- Weinstein, M.C., and W.G. Manning. (1997). "Theoretical Issues in Cost-Effectiveness Analysis" *Journal of Health Economics,* v16; 121-128.
- Weinstein, M.C., and W.B. Stason. (1977). "Foundations of Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices." *New England Journal of Medicine,* v296; 716-721.
- World Health Organization Definition of Palliative Care (2007). www.who.int

Βιβλιογραφία

- Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., (1991), Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, σελ 31.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1996) Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, Αθήνα σελ. 161
- Μπουρσανίδης Χ., Μπαλασοπούλου Α., Κυριόπουλος Γ. (1992) Το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα ροών λειτουργικών διαδικασιών προϋπολογισμού, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, 1,4, σελ.64
- Καρόκης Απ., Σισσούρας Α. (1994), Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, ανάλυση και δομή του συστήματος, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλιστικών, Αθήνα σελ. 92
- Abel – Smith B., κ.α. (1994) έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνωμόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες υγείας, Υπουργείο υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλιστικών, Αθήνα, εκδ. Φαρμετρικά, σελ.49

- Σας ευχαριστώ πολύ !